

PSYCHOTERAPIA 2 (133) 2005

strony: 69–75

Artur Januś

## UŻYTECZNOŚĆ OPISU KONFIGURACJI OBJAWÓW NERWICOWYCH DLA POTRZEB DIAGNOZY I PROCESU TERAPII

### USEFULNESS OF THE CHECK-LIST METHOD IN DIAGNOSING AND MONITORING PSYCHOTHERAPY

Katedra Psychoterapii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. Jerzy W. Aleksandrowicz

neurosis  
diagnosis  
therapy

*Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie pomocne dla terapeuty może być posługiwanie się wywiadem i metodą kwestionariuszową w opisie zaburzeń nerwicowych. Autor wskazuje na możliwe źródła trudności diagnostycznych napotykanych u pacjentów z tymi zaburzeniami, takie jak współwystępowanie poszczególnych syndromów oraz brak wyraźnej przewagi któregośkolwiek z nich, czy zmienność obrazu objawowego zaburzeń nerwicowych. Zwraca też uwagę na ograniczenia opisu obrazu tych zaburzeń opartego o wywiad, zwłaszcza w kontekście procesu terapii pacjentów z tymi zaburzeniami.*

**Summary:** The structure of symptoms was assessed in 3130 neurotic patients with the use of scales of the symptom check-list "0". The high comorbidity of symptoms characteristic for different neurotic syndromes was found. The author discusses the usefulness of the check-list method in the process of diagnosing and monitoring psychotherapy.

Pomimo znacznego rozpowszechnienia zaburzeń nerwicowych, szacowanego przez niektórych autorów na 20–30% populacji [1], wiedza o nich jest wciąż bardzo ograniczona. Nie istnieje ani spójna koncepcja etiologiczna [2–5], ani nie ma zgody, gdzie przebiega granica między tymi zaburzeniami a normą [6] oraz innymi jednostkami chorobowymi [7, 8]. Kolejne klasyfikacje nerwic są wciąż przedmiotem wielu polemik [1–4, 6, 9, 10].

Mimo iż diagnoza jest jedynie hipotezą stale weryfikowaną w trakcie kontaktu z pacjentem, nazwanie choroby powinno pozwalać na określenie jej przypuszczalnej patogenety [2, 3, 10], co jest pomocne w wyborze metod terapii, przewidywaniu jej długości i rokowaniu. W przypadku tych zaburzeń postawienie diagnozy spełniającej to kryterium jest bardzo trudne.

Istnieje wiele badań łączących poszczególne zespoły objawów z różnorodnymi i w większości mało specyficznymi czynnikami etiologicznymi. Próby tłumaczenia patogenety nawiązują do różnych koncepcji teoretycznych, między innymi psychoanalitycznej, behawioralnej, poznawczej, systemowej; ponadto coraz częściej zwraca się uwagę na rolę czynników biologicznych [1–5, 8, 11–13]. Z drugiej strony wiadomo, że objawy należące do różnych grup z reguły współwystępują u danego pacjenta [1, 5, 7, 14–18]. Oznacza to, że

ani żaden z czynników etiologicznych nie determinuje określonego obrazu nerwicy, ani na podstawie objawów nie można jednoznacznie wnioskować o patogeniezie. Dlatego większość podziałów tych zaburzeń opiera się na kryteriach fenomenologicznych. W obecnie obowiązujących klasyfikacjach, DSM-IV i ICD-10, zaburzenia te traktowane są jako grupa podobnych, ale względnie niezależnych chorób [14]. Równocześnie wciąż w powszechnym użyciu jest termin nerwica. Dzieje się tak nie tylko z przyzwyczajenia do tej nazwy, ale przede wszystkim dlatego, że oddaje ona określoną rzeczywistość kliniczną [2–4, 17–19]. W tym ujęciu nerwica rozumiana jest jako odrębna jednostka nozologiczna, w której skład wchodzi różne zespoły objawów. Żaden z nich nie jest charakterystyczny dla nerwicy i może być elementem obrazu wielu chorób, zarówno psychicznych, jak i somatycznych. Niektórzy rozgraniczają tak rozumianą nerwicę i wspomniane zespoły objawów (syndromy) [3].

Na podstawie dominujących syndromów tworzono różne klasyfikacje nerwic [2, 4, 9, 12, 19, 20, 21], na przykład Kępiński [18] wyróżniał nerwicę neurasteniczną, histeryczną, hipochondryczną, anankastyczną i depresyjną, a lęk, zaburzenia vegetatywne, egocentryzm i „nerwicowe błędne koło” zaliczał do objawów osiowych, czyli wspólnych. W wielu przypadkach trudno jednak rozstrzygnąć, które symptomy są pierwszoplanowe [1, 3, 5, 14], co zmusza do stawiania rozpoznań wielocłonowych, np. nerwica hipochondryczno-depresyjna. Jednak nawet takie diagnozy są daleko idącym uproszczeniem. Informacje o obrazie zaburzenia nerwicowego uzyskuje się zwykle na podstawie wywiadu, testów psychologicznych lub obu tych metod łącznie.

Celem tej pracy jest próba odpowiedzi na pytanie, w jakim zakresie pomocne dla terapeuty może być posługiwanie się wywiadem i metodą kwestionariuszową w opisie tych zaburzeń.

### **Material i metody**

Do oceny występowania i nasilenia objawów nerwicowych wykorzystano kwestionariusze objawowe „O” wypełnione przed rozpoczęciem leczenia przez osoby, które w latach 1979–2001 zgłosiły się do ambulatoriów Zakładu Psychoterapii oraz Wojewódzkiego Ośrodka Leczenia Nerwic w Krakowie. Kryterium włączenia do badanej grupy był ogólny wynik kwestionariusza objawowego przekraczający o przynajmniej 10% granice normy [15, 22, 23], a więc wynoszący co najmniej 182 pkt. u mężczyzn i 220 pkt. u kobiet. Grupa osób, u których stosując opisaną procedurę stwierdzono nerwicę, liczyła 1086 mężczyzn i 2044 kobiety. W badaniu użyto skal opracowanych przez A. Rewer w 2001 r. [23], dostosowanych do zespołów opisywanych w klasyfikacji ICD-10.

Współwystępowanie grup objawów, z których większość odpowiada pojęciu syndromów [14], stanowiących o stopniu jednorodności skali głównej kwestionariusza, badano za pomocą współczynnika  $\alpha$  Kronbacha. Zgodność poszczególnych podskal, reprezentujących grupy objawów z pozostałą częścią skali, sprawdzono za pomocą korelacji i regresji liniowej.

Analizy te wykonano, używając pakietu statystycznego Stata 5.0.

Ponadto sprawdzono, u jakiego odsetka pacjentów jest możliwe określenie dominującej grupy objawów za pomocą najbardziej wysyczonej skali, przyjmując za kryterium nasilenie badanej skali większe kolejno o 1 sten i 2 steny od nasilenia którejkolwiek z pozostałych. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabelach 1–5 (patrz aneks).

## Opis wyników

Przeprowadzone obliczenia wskazują, że zespoły objawów opisywane przez poszczególne skale różnią się od innych (współczynnik  $\alpha$  Kronbacha osiąga wartości w zakresie 0,8716–0,8872), chociaż w znacznym stopniu są powiązane z pozostałymi – najbardziej zaburzenia lękowe, somatyzacyjne i konwersyjne, najmniej zaburzenia snu, seksualne i hipochondryczne. Tłumaczy to, dlaczego tylko u 12% kobiet i 7% mężczyzn zaobserwowano przewagę jednej ze skal wynoszącą co najmniej 2 steny. Złagodzenie kryteriów do różnicy wynoszącej co najmniej 1 sten pozwala wyznaczyć dominującą skalę u połowy pacjentów, wydaje się jednak, że tak mała różnica nie jest istotna klinicznie. Świadczy to o współwystępowaniu poszczególnych syndromów i w większości przypadków o braku przewagi którejkolwiek z nich.

## Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, że jeśli pacjent na podstawie ogólnego wyniku kwestionariusza spełnia kryterium zaburzeń nerwicznych, co w większości przypadków koresponduje z klinicznym obrazem nerwicy [15], to prezentuje on objawy należące do różnych grup, z których zwykle żadna wyraźnie nie dominuje [5, 6, 14]. Tylko u 11% pacjentów przy zastosowaniu wyżej wymienionych kryteriów (tzn. różnicy przynajmniej 2 stenów) udało się wyodrębnić dominujący zespół objawów.

Praktyka kliniczna oraz wyniki badań wskazują, że natężenie i konfiguracja poszczególnych objawów cechują się dużą zmiennością [5, 6, 14, 24]. Na przykład ten sam pacjent może na jednej sesji prezentować, jako najbardziej nasilone objawy, lęki agorafobijne, na następnej bezsenność, a na kolejnej somatyzacje. Oznacza to, że diagnoza postawiona na podstawie najbardziej nasilonego syndromu może być nieaktualna już następnego dnia.

W odróżnieniu od metody kwestionariuszowej, oparcie rozpoznania na wywiadzie prowadzi zwykle do wyodrębnienia jednego lub co najwyżej kilku głównych syndromów [3, 11, 10, 14, 18,]. Diagnosta uwzględnia dynamikę objawów na przestrzeni dłuższego czasu i na tej podstawie może określić syndromy najbardziej charakterystyczne dla danego pacjenta, ale w istocie dokonuje on arbitralnego wyboru spośród wielu współwystępujących objawów [14]. Stąd też rozpoznanie postawione na podstawie wywiadu zwykle obarczone jest dużym błędem. Błąd ten związany jest nie tylko z samą koniecznością dokonania takiego wyboru, ale także z tym, że pod wpływem wzajemnych wyobrażeń i oczekiwań pacjenta i badającego, w wyniku ich interakcji, dochodzi do selekcji objawów — jedne są bardziej eksponowane, a inne pomijane [18, 24]. Na przykład, wobec psychologa pacjent może mieć tendencje do uwydatniania zaburzeń przeżywania, a wobec lekarza – somatycznych. Zauważono, że im bardziej ustrukturyzowany jest wywiad, tym więcej stwierdza się współwystępujących objawów [17]. O wysokim stopniu subiektywności diagnozy opartej na wywiadzie świadczy fakt, że rozpoznania stawiane w zaburzeniach nerwicznych przez tak zwanych sędziów kompetentnych są zgodne co najwyżej w 40% [14].

Postawienie rozpoznania na podstawie wywiadu oznacza redukcję całej gamy różnorodnych i występujących w specyficznej konfiguracji objawów. Nazwanie choroby, a przez to myślenie o niej na przykład jako o zaburzeniach somatyzacyjnych, może sprzyjać skoncentrowaniu się na tych objawach i pomijaniu innych [10]. Jest to poważny problem, zwłaszcza w warunkach terapii krótkoterminowej lub skoncentrowanej na problemie, szczególnie w sytuacji, kiedy inna osoba zajmuje się diagnostyką, a inna leczeniem, co jest zjawie-

skiem częstym w instytucjach prowadzących psychoterapię. Być może rozpoznanie „nerwica” lepiej opisuje rzeczywistość kliniczną i zapobiega skupianiu się na jej fragmencie.

Pomimo znacznych różnic w rozumieniu mechanizmów powstawania tych objawów [2–5, 11, 20], przedstawiciele większości szkół terapeutycznych zgadzają się, że są one pochodną trudności w społecznym funkcjonowaniu jednostki [1, 11, 14, 18], w związku z tym obserwowanie zmian obrazu zaburzeń, podobnie jak ogólnego nasilenia objawów nerwicowych, może być pomocne w określeniu obszarów dysfunkcji pacjenta oraz w monitorowaniu postępów terapii [15, 22].

Budowanie pełnego obrazu obecnych zaburzeń pacjenta nie jest w praktyce możliwe na podstawie informacji uzyskiwanych na sesjach. Odpytanie pacjenta czy wysłuchiwanie sprawozdania na temat bieżących dolegliwości byłoby czymś sztucznym, zbyt strukturalizującym sesję i nadmiernie koncentrującym jego uwagę na objawach, poza tym taka procedura pochłaniałaby wiele czasu. Praca nad objawami dotyczy zwykle tych spośród nich, które wpisują się w aktualnie omawiany problem, są najbardziej dokuczliwe, w sposób wyraźny nasiliły się czy wygasły. Jest to zawsze wynik mniej lub bardziej świadomego wyboru dokonanego przez pacjenta lub terapeutę. Dokonanie takiego wyboru wiąże się z utratą informacji o dynamice innych objawów. Dlatego bardziej obiektywna, i pozbawiona wspomnianych ograniczeń, metoda kwestionariuszowa, pozwalająca na szybkie zebranie potencjalnie użytecznych danych tak w zakresie ogólnego nasilenia zaburzenia, jak i poszczególnych objawów czy ich grup, może być cennym narzędziem pomagającym w optymalizacji procesu terapii [15].

Podsumowując, wydaje się, że określanie konfiguracji objawów nerwicowych na potrzeby diagnostyczne ma mniejsze znaczenie praktyczne niż wykorzystywanie tych informacji w toku późniejszej terapii.

### Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J.W. Zaburzenia nerwicowe. Warszawa: PZWL, 1998.
2. Bomba J. Problem nerwic w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych a tradycja psychoanalityczna w psychiatrii. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 417–422.
3. Fortuna D. Spór o adekwatność diagnozy nozologicznej w nerwicy. Psychoter. 1977; XXI: 11–25.
4. Orwid M. Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych z perspektywy klinicznej psychiatrii młodzieżowej zorientowanej systemowo. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 431–434.
5. Wolniewicz-Grzelak B. Doświadczenia dotyczące a nerwice wieku dorosłego (praca doktorska) 1975. Biblioteka IPiN.
6. Aleksandrowicz JW. Czy rzeczywiście nie ma zaburzeń nerwicowych? Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 411–416.
7. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. Int. Clin. Psychopharmacol. 1993; suppl. 8: 21–25.
8. Froesch J. Psychodynamic psychiatry: Theory and practice. Madison: International Universities Press, Inc., 1990.
9. First MB. Tendencje w klasyfikacji psychiatrycznej: od DSM-III-R do DSM-IV. W: Bomba J, de Barbaro B, red. Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych. Kraków: CM UJ 1995; 86–93.
10. Siwiak-Kobayashi M.M. Nerwice – ICD-10 a praktyka psychiatryczna. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 397–402.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Maryland: Williams & Wilkins; 1998.
12. Leder S. Poglądy na nerwice w ujęciu historycznym. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 403–409.

13. Potoczek A. Lęk napadowy (panic disorder). Najnowsze koncepcje etiologiczne i diagnostyczne. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI: 437–448.
14. Aleksandrowicz JW. Zarys teorii struktury zaburzeń nerwicznych (praca habilitacyjna). Biblioteka Medyczna CMUJ, Kraków; 1978.
15. Aleksandrowicz JW, Bierzynski K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazon S, Meus J, Niwicki J, Paluchowski J, Pytko A, Romeyko A. Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicznych. Psychoter. 1981; XXXVII: 1981;11–27.
16. Aleksandrowicz JW, Świątek L. Częstość występowania zaburzeń nerwicznych. Psychoter. 1985; LIV: 21–26.
17. Andrews G. Comorbidity and the general neurotic syndrome. Brit. J. Psychiatry. 1996; 68, supl.30: 76–84.
18. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. Kraków: Wyd. Litcrackie; 2002.
19. Jaroszyński J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. Psychiatria. Warszawa: PZWL; 1987.
20. Aleksandrowicz JW. Możliwości konstrukcji teorii zaburzeń nerwicznych w oparciu o pojęcia struktury dynamicznej i pola psychospołecznego. Psychiatr. Pol. 1979; XIII:145–151.
21. Leder S. Nerwice. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. Psychiatria. Warszawa: PZWL; 1987, s. 160–210.
22. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicznych. Psychiatr. Pol. 1994; XXVIII: 667–676.
23. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego „O”. Psychiatr. Pol. 2000; XXXIV: 931–943.
24. Aleksandrowicz JW, Bierzynski K. Metodologiczne problemy diagnozy zaburzeń nerwicznych i zaburzeń osobowości. Psychoter. 1980; XXXIV: 39–45.
25. Ferguson GA, Takanc Y. Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Warszawa: PWN; 1997.

Adres: Katedra Psychoterapii CM UJ  
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

## ANEKS

Tabela 1

### Wartości współczynnika $\alpha$ Kronbacha dla poszczególnych skal

	Skala ogólna	Kobiety	Mężczyźni
1	zaburzenia fobiczne	0,8856	0,8860
2	inne zaburzenia lękowe	0,8784	0,8787
3	zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne	0,8716	0,8716
4	konwersje	0,8752	0,8758
5	zaburzenia autonomiczne z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego	0,8756	0,8764
6	zaburzenia somatyzacyjne	0,8745	0,8766
7	zaburzenia hipochondryczne	0,8730	0,8735
8	neurastenia	0,8828	0,8845
9	zespół depersonalizacji – derealizacji	0,8752	0,8749
10	mieszane zaburzenia osobowości – unikanie i zależność	0,8767	0,8768
11	mieszane zaburzenia osobowości – impulsywność i histrioniczność	0,8783	0,8791
12	nieorganiczne zaburzenia snu	0,8774	0,8744
13	dysfunkcje seksualne	0,8840	0,8844
14	dystymia	0,8853	0,8872
		0,8798	0,8794

Tabela 2

**Współczynniki korelacji między poszczególnymi podskalami skali nerwicowej  
a wynikami pozostałej części skali wraz z istotnością statystyczną – kobiety**

	Skala	Współczynnik regresji liniowej $\beta$	Współczynnik korelacji $r^2$	Istotność statystyczna
1	zaburzenia fobiczne	5,410411	0,3016	$p < 0,001$
2	inne zaburzenia lękowe	6,263045	0,4824	$p < 0,001$
3	zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne	7,123419	0,4185	$p < 0,001$
4	konwersje	3,268987	0,4959	$p < 0,001$
5	zaburzenia autonomiczne z zakresu serca i układu sercowo- naczyniowego	5,127523	0,4053	$p < 0,001$
6	zaburzenia somatyzacyjne	4,593524	0,4465	$p < 0,001$
7	zaburzenia hipochondryczne	5,27617	0,1912	$p < 0,001$
8	neurastenia	4,757598	0,3739	$p < 0,001$
9	zespół depersonalizacji – derealizacji	5,914922	0,3501	$p < 0,001$
10	mieszane zaburzenia osobowości – unikanie i zależność	4,216364	0,3181	$p < 0,001$
11	mieszane zaburzenia osobowości – impulsywność i histrioniczność	5,709064	0,3357	$p < 0,001$
12	nieorganiczne zaburzenia snu	6,419401	0,1766	$p < 0,001$
13	dysfunkcje seksualne	4,598055	0,1356	$p < 0,001$
14	dystymia	5,959319	0,2759	$p < 0,001$

Tabela 3

**Współczynniki korelacji między poszczególnymi podskalami skali nerwicowej a wynikami  
pozostałej części skali wraz z istotnością statystyczną – mężczyźni**

	Skala	Współczynnik regresji liniowej $\beta$	Współczynnik korelacji $r^2$	Istotność statystyczna
1	zaburzenia fobiczne	5,86	0,31	$p < 0,001$
2	inne zaburzenia lękowe	6,45	0,50	$p < 0,001$
3	zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne	6,90	0,40	$p < 0,001$
4	konwersje	3,32	0,47	$p < 0,001$
5	zaburzenia autonomiczne z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego	4,81	0,36	$p < 0,001$
6	zaburzenia somatyzacyjne	4,76	0,43	$p < 0,001$
7	zaburzenia hipochondryczne	4,84	0,16	$p < 0,001$
8	neurastenia	4,64	0,39	$p < 0,001$
9	zespół depersonalizacji – derealizacji	6,16	0,36	$p < 0,001$
10	mieszane zaburzenia osobowości – unikanie i zależność	3,90	0,32	$p < 0,001$
11	mieszane zaburzenia osobowości – impulsywność i histrioniczność	6,26	0,42	$p < 0,001$
12	nieorganiczne zaburzenia snu	6,69	0,17	$p < 0,001$
13	dysfunkcje seksualne	4,14	0,10	$p < 0,001$
14	dystymia	5,64	0,29	$p < 0,001$

Tabela 4

**Rozpoznanie postawione na podstawie dominującej skali – kobiety**

	Skala	Różnica 1 sten		Różnica 2 steny	
		N	%	N	%
1	zaburzenia fobiczne	90	4,40	20	0,97
2	inne zaburzenia lękowe	37	1,81	1	0,04
3	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	61	2,98	17	0,83
4	konwersje	40	1,95	2	0,09
5	zaburzenia autonomiczne z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego	43	2,10	8	0,39
6	zaburzenia somatyzacyjne	68	3,32	12	0,58
7	zaburzenia hipochondryczne	110	5,38	46	2,25
8	neurastenia	62	3,03	15	0,73
9	zespół depersonalizacji – derealizacji	68	3,32	7	0,34
10	mieszane zaburzenia osobowości – unikanie i zależność	76	3,71	18	0,88
11	mieszane zaburzenia osobowości – impulsywność i histrioniczność	99	4,84	10	0,48
12	nieorganiczne zaburzenia snu	86	4,20	29	1,41
13	dysfunkcje seksualne	125	6,11	58	2,83
14	dystymia	86	4,20	17	0,83
	razem	1051	51,42	260	12,72

Tabela 5

**Rozpoznanie postawione na podstawie dominującej skali – mężczyźni**

	Skala	Różnica 1 sten		Różnica 2 steny	
		N	%	N	%
1	zaburzenia fobiczne	40	3,68	9	0,82
2	inne zaburzenia lękowe	8	0,73	2	0,18
3	zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	34	3,13	2	0,18
4	konwersje	25	2,30	5	0,46
5	zaburzenia autonomiczne z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego	32	2,94	3	0,27
6	zaburzenia somatyzacyjne	31	2,85	3	0,27
7	zaburzenia hipochondryczne	72	6,62	10	0,92
8	neurastenia	29	2,67	4	0,36
9	zespół depersonalizacji – derealizacji	35	3,22	7	0,64
10	mieszane zaburzenia osobowości – unikanie i zależność	39	3,59	5	0,46
11	mieszane zaburzenia osobowości – impulsywność i histrioniczność	33	3,03	6	0,55
12	nieorganiczne zaburzenia snu	58	5,34	5	0,46
13	dysfunkcje seksualne	86	7,91	15	1,38
14	dystymia	28	2,57	5	0,46
	razem	550	50,64	81	7,46

## KOMUNIKAT

Uprzejmie informujemy, że na zebraniu ZG PTP 20 stycznia przyjęto uchwałę o ustanowieniu Nagrody im. Profesora Stefana Ledera, przyznawanej raz na 3 lata oraz Regulamin Nagrody w poniższym brzmieniu:

1. Celem nagrody jest wyróżnienie prac badawczych i projektów (terapeutycznych, organizacyjnych itp.) z dziedziny psychoterapii, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które mają na celu poszerzenie jej społecznego zasięgu.

2. Nagrodę im. Stefana Ledera przyznaje Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na wniosek Zarządu Sekcji Naukowej Psychoterapii P.T.P.

3. Nagroda przyznawana jest jeden raz w okresie kadencji Zarządu i wręczana na Zjeździe Naukowym Psychiatrów Polskich.

4. Wysokość nagrody określa Zarząd Główny kierując się posiadanymi na ten cel środkami. Stanowią ją odsetki od kapitału, którego podstawowa kwota nie może zostać naruszona.

5. Zarząd Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP informuje w kwartalniku „Psychoterapia” o możliwości i terminie zgłaszania kandydatów do nagrody. Nie mogą nimi być aktualni członkowie Zarządu Sekcji i Komisji, o której mowa w p. 6.

6. Zarząd Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP powołuje komisję rozpatrującą złożone wnioski.

7. Zarząd Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP przedstawia Zarządowi Głównemu wyniki prac komisji w ten sposób, że dokonuje ich rankingu oraz wyłania pracę (lub prace), które jej zdaniem powinny zostać nagrodzone.

8. Ostateczna decyzja o przyznaniu nagrody podejmowana jest przez Zarząd Główny w trybie uchwały.

Członkowie Komisji ZG PTP powołanej w celu przygotowania wniosku

**Jerzy Aleksandrowicz** (przewodniczący)

**Jacek Bomba**

**Czesław Czabala**

**Małgorzata Kobayashi**

**Andrzej Leder**

**Maria Orwid**